

ВМІСТ ІНТЕРЛЕЙКІНУ 6 ТА 10 У СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ З ТИМОМЕГАЛІЄЮ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ

Сміян О.І., Плахута В.А.

Сумський державний університет
Кафедра педіатрії ПО з курсами ПП та ДІ

Патологія органів дихання продовжує домінувати в загальній структурі дитячої захворюваності у зв'язку зі значною поширеністю та стабільним ростом кількості хворих за останні роки. Імунна система, з одним із її центральних органів – тимусом, є одним із основних компонентів, що беруть участь у патогенезі бронхолегеневих захворювань, оскільки саме через неї опосередковується дія інфекційного агента.

Метою роботи було вивчення рівня опозиційних (інтерлейкін–6 (ІЛ–6) та інтерлейкін–10(ІЛ–10)) цитокінів у сироватці крові дітей раннього віку з гострим обструктивним бронхітом (ГОб) у залежності від наявності супутньої тимомегалії (ТМ).

Клінічне дослідження проводилося на базі інфекційного відділення № 1 КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня св. Зінаїди» у 2012–2013 роках. Під спостереженням знаходилась 101 дитина з ГОб, що були поділені на 2 групи: І група – хворі на ГОб без ТМ; ІІ група – пацієнти з ГОб із ТМ. Контрольну групу склали 30 практично здорових дітей.

У гострому періоді захворювання у дітей І групи концентрація ІЛ–6 зростала в 3 рази порівняно з показниками дітей групи контролю ($18,21 \pm 0,44$ пг/мл, $p < 0,001$), а рівень ІЛ–10 підвищувався до $11,12 \pm 0,29$ пг/мл ($p < 0,001$). Після проведеного комплексного лікування ГОб секреція ІЛ–6 достовірно знижувалася до $7,72 \pm 0,17$ пг/мл ($p < 0,001$). Поряд із тим, концентрація ІЛ–10 підвищувалася ($20,58 \pm 0,31$ пг/мл) порівняно з показниками у гострому періоді ($p < 0,001$).

Уміст ІЛ–6 у дітей ІІ групи на початку хвороби підвищувався у 7 разів ($27,42 \pm 0,89$ пг/мл, $p < 0,001$). Паралельно з тим, спостерігалось зниження рівня ІЛ–10 у сироватці крові більше ніж у 2 рази ($3,13 \pm 0,23$ пг/мл, $p < 0,001$). У період реконвалесценції у дітей з ГОб на фоні ТМ рівень ІЛ–6 достовірно знижувався до $13,37 \pm 0,60$ пг/мл ($p < 0,001$), проте не досягав нормальних показників ($p < 0,001$). У той же час уміст ІЛ–10 достовірно підвищувався, але залишався нижчим за відповідний показник як у дітей з ГОб без ТМ ($20,58 \pm 0,31$ пг/мл), ($p < 0,001$), так і здорових дітей ($p < 0,01$).

Отже, супутня ТМ, вірогідно, призводить до поглиблення дисбалансу цитокінової ланки імунної системи та обтяжує перебіг ГОб у дітей на ранніх етапах хвороби. Виявлена гіперпродукція ІЛ–6 у дітей з ГОб на фоні ТМ свідчить про наявність більш значної інтенсивності запальних процесів в організмі та, ймовірно, пов'язана з напруженням ауторегуляторних механізмів. Встановлене нами суттєве зниження ІЛ–10 у сироватці крові в пацієнтів даної групи, порівняно з дітьми без ТМ, може бути одним із факторів, які знижують протиінфекційний захист та можуть призвести до хронізації процесу.

Сміян О. І. Проблемні питання діагностики та лікування дітей з соматичною патологією / О. І. Сміян, В. А. Плахута // Матеріали науково-практичної конференції лікарів-педіатрів з міжнародною участю. – Харків, 21 березня 2014 р. - С. 231 - 232.